

IZJAVU

kojom ja _____ (ime i prezime) iz _____,
(adresa i mjesto stanovanja) izjavljujem da sam suglasan/suglasna od dana potpisa ove izjave s
prikupljanjem, pristupom, uvidom i korištenjem mojih osobnih i zdravstvenih (medicinskih podataka)
podataka /osobnih i zdravstvenih podataka za osobu čiji sam roditelj ili skrbnik u eKartona odnosno
elektroničkog zdravstvenog zapisa od strane ovlaštenih liječnika zaposlenih u sustavu javnog
zdravstva Republike Hrvatske (obiteljski doktor/pedijatar, doktori obiteljske medicine/pedijatri skupne
prakse, doktor dentalne medicine, doktori dentalne medicine iz skupne prakse, ginekolog, ginekolozi iz
skupne prakse, magistri biokemije i farmacije, bolnički specijalisti i liječnici hitne medicine) **tijekom
provedbe projekta uvođenja eKartona (elektroničkog zdravstvenog zapisa) i portala za
pacijente u svakodnevnu praksu te u svrhu podizanja kvalitete osobnog liječenja.**

Tijekom provedbe projekta, moji slijedeći osobni i zdravstveni podaci mogu biti dostupni svim
doktorima na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite:

1. Osobni podaci (ime, prezime, spol, datum rođenja, mjesto i adresa stanovanja, ime oca/majke,
kontakt telefon/mobitel, adresa elektroničke pošte, zanimanje, radno mjesto, nositelj oružja),
2. Osnovni podaci o osiguranju (osnovno osiguranje, dopunsko osiguranje, država osiguranja,
matični broj osigurane osobe, osobni identifikacijski broj, ostali identifikatori vezani uz osnovno
i dopunsko osiguranje),
3. Podaci o izabranim liječnicima primarne zdravstvene zaštite (obiteljski doktor/pedijatar, doktor
dentalne medicine, ginekolog, liječnici u ostalim ugovornim zdravstvenim ustanovama),
4. Alergije i nuspojave na lijekove, alergije na inhalacijske, nutritivne i kontaktne alergene,
5. Aktualno korištenje antikoagulantne/antiagregacijske terapije,
6. Nazočnost implantata,
7. Kirurški zahvati kojim su otklonjeni organi i/ili dijelovi tijela tijekom života,
8. Kronične bolesti,
9. Akutne bolesti,
10. Medikamentozna terapija,
11. Nalazi izvršenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka na razini primarne, sekundarne i
tercijalne zdravstvene zaštite, te nalazi iz biokemijskih laboratorija,
12. Uputnice za dijagnostičke, terapijske postupke i biokemijske laboratorije,
13. Otpusna pisma iz bolnica,
14. Cijepljenja,
15. Ostale specijalne napomene.

Izjava je pravovaljana tijekom provedbe projekta, te ju je moguće opozvati u svakom trenutku kod
izabranog liječnika.

U znak prihvatanja ove suglasnosti istu potpisujem.

U _____, _____.
(mjesto) (datum)

Ime i prezime roditelja /skrbnika:

OIB roditelja /skrbnika:

Vlastoručni potpis
osigurane osobe /roditelja /skrbnika:
